

Пропозиція щодо добровільного медичного страхування «Турбота 24/7»

1. Ця пропозиція містить Порядок укладання договору добровільного медичного страхування «Турбота 24/7» (далі – Договір страхування) та Умови добровільного медичного страхування «Турбота 24/7» Приватного акціонерного товариства «Українська пожежно-страхова компанія» (далі – Страховик, ПрАТ «УПСК»).

2. Умови добровільного медичного страхування «Турбота 24/7» ПрАТ «УПСК» розроблені згідно з Правилами добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) від 07.05.2009 р., реєстраційний № 0390315 (далі – Правила), зі змінами № 1 до Правил, зареєстрованими Розпорядженням Нацкомфінпослуг від 29.08.2019 р. № 1612, (далі – Правила), та на підставі ліцензії серії АЕ № 641960 від 25.06.2015 р., виданої Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг України.

Це пропозиція укласти Договір страхування в електронній формі. Пропозиція діє з «19» лютого 2020 р.

3. Страхування здійснюється у відповідності до умов добровільного медичного страхування «Турбота 24/7», що є додатком до пропозиції (частина 2 Договору страхування).

4. Порядок укладання Договору:

4.1. Страхувальник на сайті Страховика вводить інформацію, необхідну для його ідентифікації, калькуляції страхового платежу та формування індивідуальної оферти Страховика за договором страхування. Заповнена у такій спосіб заявка, за умови її належного оформлення, прирівнюється до письмової заяви на страхування.

4.2. На підставі заявки Страховик здійснює розрахунок страхового платежу та формує індивідуальну оферту укласти договір добровільного медичного страхування «Турбота 24/7» у формі проекту договору страхування. Індивідуальна оферта пропонується потенційному Страхувальнику.

4.3. Безумовним прийняттям (акцептом) Страхувальником умов індивідуальної оферти укласти договір страхування є надання Страховику відповіді про прийняття оферти і підписання договору страхування шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором (алфавітно-цифрова послідовність, яку отримує Страхувальник за допомогою смс-повідомлення на номер телефону, що вказується ним на сайті Страховика при заповненні особистих даних).

4.4. Страхувальник здійснює оплату страхового платежу у безготівковій формі на поточний рахунок Страховика.

4.5. Підтвердження вчинення електронного договору страхування здійснюється шляхом надсилання електронного документа – візуальної форми договору страхування.

4.6. Виконання зазначених дій означає прийняття Клієнтом усіх умов оферти і є укладенням Договору страхування в електронній формі, яка відповідно до пункту 12 статті 11 Закону України «Про електронну комерцію» прирівнюється до письмової форми.

5. Після здійснення акцепту Клієнт набуває статусу Страхувальника та отримує на електронну пошту, вказану при заповненні Заявки, повідомлення про підтвердження укладення Договору страхування в електронній формі.

6. Електронним підписом Клієнт підтверджує, що:

- до моменту укладання Договору страхування ознайомлений з інформацією відповідно до частини 2 статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», яку розміщено на сайті Страховика;

- розуміє суть фінансових послуг, які надаються Страховиком;

- надає згоду Страховику на обробку його персональних даних, в тому числі: таких, що стосуються стану здоров'я, та передачу персональних даних контрагентам, в тому числі нерезидентам, з метою виконання умов Договору страхування;

- ознайомлений та згодний з умовами страхування;

- надає згоду на отримання від Страховика розсилки електронних та інших повідомлень з питань страхування, в т. ч. sms, Viber – повідомлень;

- отримав згоду застрахованої особи (застрахованих осіб), у разі їх наявності за Договором страхування, на страхування та на обробку її (їх) персональних даних, в тому числі таких, що стосуються стану здоров'я, та передачу персональних даних контрагентам, в тому числі: нерезидентам, з метою виконання умов Договору страхування;

- ознайомлений із оригіналом підпису уповноваженої особи та печаткою Страховика, що зазначені в пункті 8 пропозиції, та надає згоду на підписання Договору страхування зі своєї сторони шляхом проставлення одноразового ідентифікатора;

- надає згоду на отримання Договору страхування в електронному вигляді та інших комерційних електронних повідомлень на його особисту електронну пошту вказану ним при внесенні особистої інформації;

- надає згоду на сплату страхового платежу на умовах, передбачених Договором страхування.

7. Підписання Договору страхування з боку Страховика відбувається в порядку, передбаченому ст. 12 Закону України «Про електронну комерцію».

8. Сторони приймають на себе зобов'язання відтворити Договір страхування на паперовому носії, у разі виникнення такої необхідності. На письмову вимогу однієї зі Сторін про укладення Договору страхування в письмовому вигляді такий Договір страхування виготовляється протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання відповідної вимоги Стороною та підлягає підписанню і проставленню печатки (за наявності) кожною з Сторін протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати його виготовлення. Якщо одна зі Сторін відмовляється підписувати Договір страхування, такий спір передається на розгляд до суду. Зразок відтворення підпису уповноваженої особи та печатки Страховика.

Голова Правління
ПрАТ «УПСК»



Т.К. Мосійчук

9. Дата, час, порядок акцепту, повідомлення про підтвердження укладення Договору страхування в електронній формі та здійснення оплати, обмін електронними повідомленнями між Сторонами, відомості про факт виготовлення Договору страхування в письмовій формі зберігається в електронній базі Страховика.

10. Внесення змін до Договору страхування, а також його дострокове припинення здійснюється на підставі заяви Сторони, поданої іншій Стороні у письмовому чи у електронному вигляді шляхом направлення на її електронну пошту.

ПрАТ «УПСК»
04080, Україна, м. Київ, вул. Кирилівська, 40,
тел.: 0 800 50 70 50
сайт: <https://upsk.com.ua>

Додаток: Умови добровільного медичного страхування «Турбота 24/7».

Умови добровільного медичного страхування «Турбота 24/7»

Частина 2

Договору добровільного медичного страхування
ТУРБОТА 24/7

Загальні умови Договору

5. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ. ВИГОДОНАБУВАЧ

5.1. Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані із життям, здоров'ям та працездатністю Страхувальника чи третьої особи (Застрахованої особи), визначеної Страхувальником у п. 1 Договору за її згодою.

5.2. Вигодонабувачем щодо певної Застрахованої особи є така Застрахована особа (її представник за законом). Страхова виплата здійснюється з урахуванням умов п. 10 Договору.

6. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ

6.1. Строк дії Договору поділяється на періоди (періоди страхування) – проміжки часу згідно з п. 3.1 частини 1 Договору, протягом яких Страхувальник несе зобов'язання за Договором, за умови сплати Страхувальником страхових платежів у відповідних розмірах та в строки, визначені в п.п. 3.2 – 3.3 частини 1 Договору.

6.2. Договір набуває чинності з 00 годин 00 хвилин дня, визначеного п. 3.1 частини 1 Договору, але не раніше 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження на поточний рахунок Страхувальника страхового платежу згідно з п.п. 3.2 – 3.3 частини 1 Договору.

6.3. Договір продовжує свою дію на кожен наступний період з дати, зазначеної в п. 3.1 частини 1 Договору як початок періоду страхування, за умови надходження страхового платежу за відповідний період страхування на поточний рахунок Страхувальника в обсязі та строки, визначені в п.п. 3.2 – 3.3 частини 1 Договору.

6.4. Договір припиняє дію о 24 годині 00 хвилин останнього дня оплаченого періоду страхування згідно з п. 3.1 Договору. При цьому всі події, які відбулись після припинення дії Договору, не визнаються страховими, а збитки, пов'язані з їх настанням, Страхувальником не відшкодовуються.

6.5. Якщо Страхувальником порушено строки сплати страхового платежу, що відповідають періоду страхування, то дія Договору припиняється з 24 годин 00 хвилин останнього дня оплаченого періоду страхування згідно з п. 3.1 частини 1 Договору. В цьому випадку Страхувальник не зобов'язаний повідомляти Страхувальника про припинення дії Договору.

6.6. В разі несплати або неповної сплати страхового платежу за перший період страхування (або єдиний період страхування) у визначені п.п. 3.2 – 3.3 частини 1 Договору строки і розміри, Договір вважається таким, що не набув чинності.

6.7. Якщо Страхувальник сплатив страховий платіж не в повному обсязі та (або) не в строки, передбачені п.п. 3.2 – 3.3 частини 1 Договору, і в зв'язку із цим Договір не набув чинності, то для повернення такого платежу Страхувальник зобов'язаний надати Страхувальнику письмову Заяву із зазначенням реквізитів для його перерахування. В такому випадку події, що сталися до повернення платежу, не визнаються страховими випадками, та Страхувальник не несе жодних зобов'язань, крім повернення суми фактично сплаченого страхового платежу Страхувальнику.

7. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

7.1. Страховим випадком є факт звернення Застрахованої особи (її представника за законом):

7.1.1. До медичного закладу, запропонованого Асистуючою компанією (Асистансом), Страхувальником, або іншим чином узгодженого Страхувальником, Застрахованою особою та Страхувальником, у зв'язку з гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання, травмою, отруєнням, іншим розладом здоров'я, для виклику екстреної або невідкладної медичної допомоги за програмою «Швидка медична допомога» при станах та захворюваннях, що загрожують життю та здоров'ю Застрахованої особи, або для транспортування до стаціонару при станах, що загрожують життю Застрахованої особи (з переліку, затвердженого МОЗ України), та за відсутності можливості скористатись каретою екстреної або невідкладної медичної допомоги;

7.1.2. До медичного закладу (а саме: медичної лабораторії) за рекомендацією Страхувальника, у зв'язку з необхідністю за рішенням Страхувальника проходження Застрахованою особою загальноклінічних досліджень для підтвердження гострого захворювання (у кількості не більше трьох аналізів наступних видів: ЗАК (аналіз крові загальний), ЗАС (аналіз сечі загальний), загальний білірубін, амілаза крові, лужна фосфатаза) за програмами «Стационарне лікування» і «Амбулаторно-поліклінічне лікування»;

7.1.3. До медичного закладу (за попереднім повідомленням Страхувальника) у зв'язку із гострим захворюванням, а саме: інфарктом міокарда, інсультом, що виникли вперше в період дії Договору, гострим менінгітом,

енцефалітом, менінгоенцефалітом, панкреонекрозом, гострим апендицитом з перитонітом, перфоративною виразкою шлунку та 12-типалої кишки, гострою паралітичною кишковою непрохідністю з метою отримання медичних послуг за програмою «Стационарне лікування»;

7.1.4. За отриманням консультативної та іншої допомоги, пов'язаної з наданням медико-санітарної допомоги, а саме з метою:

7.1.4.1. Консультування з медичних питань; за результатами лабораторних досліджень;

7.1.4.2. Отримання інформації про:

- лікувальні заклади України, зокрема: їх профіль, спеціалісти, адреса, контактний телефон, режим роботи, орієнтовна вартість послуги (за інформацією медичного закладу);

- наявність ліків та їх вартість у фармацевтичних закладах;

7.1.4.3. Пошуку:

- необхідного профільного медичного закладу та спеціаліста на території України; та запису на консультацію до лікаря в необхідному медичному закладі;

- необхідних медикаментів за оптимальною вартістю в місті/Україні;

7.1.4.4. Інформування щодо аналогів ефективних медикаментів за оптимальною ціною.

7.2. Події, зазначені в п. 7.1 Договору, визнаються страховими випадками, якщо вони сталися в період дії Договору, підтверджені документами медичних закладів (у випадку виклику екстреної або невідкладної медичної допомоги без участі Асистансу, при зверненні до медичної лабораторії для проходження зазальноклінічних досліджень та у разі настання події за програмою «Стационарне лікування») та при дотриманні інших умов Договору.

8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН І ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ

8.1. Страхувальник має право:

8.1.1. Ознайомитись з Правилами та умовами страхування.

8.1.2. Отримати дублікат Договору у випадку втрати оригіналу.

8.1.3. Ініціювати внесення змін та (або) доповнень до умов Договору, під час дії Договору страхування, дострокове припинення дії Договору страхування у порядку, визначеному Договором.

8.1.4. Інші права передбачені Правилами та законодавством України.

8.2. Застрахована особа має право:

8.2.1. Отримати страхову виплату у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору.

8.2.2. Інші права передбачені Правилами та законодавством України.

8.3. Страхувальник зобов'язаний:

8.3.1. Своєчасно сплатити страховий платіж у розмірі, та в порядку визначеному Договором.

8.3.2. При укладанні Договору надати Страхувальнику достовірну інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику, і надалі у письмовій формі інформувати його про будь-яку зміну ступеня ризику протягом 5 робочих днів з дня такої зміни.

8.3.3. Інформувати Застрахованих осіб щодо їх прав та обов'язків за Договором.

8.3.4. Не передавати Договір іншим особам, які не застраховані за цим Договором, для отримання останніми медичних послуг. У разі його втрати невідкладно надати Страхувальнику письмову заяву про втрату для отримання дублікату Договору.

8.3.5. При укладанні Договору повідомити Страхувальника про інші діючі договори страхування щодо предмету Договору.

8.3.6. Не розголошувати третім особам будь-яку інформацію, що стосується обставин цього Договору, якщо тільки це не відповідає вимогам законодавства України.

8.3.7. Виконувати інші обов'язки передбачені Договором, Правилами та законодавством України.

8.4. Зобов'язання Застрахованої особи:

8.4.1. Достовірно інформувати медичний заклад, Асистанс та Страхувальника про стан свого здоров'я та існуючі ризики щодо його погіршення та інші обставини, що впливають на зміну ступеню ризику.

8.4.2. У разі настання події, що може бути визнана страховим випадком, діяти відповідно до п. 9 Договору та Правил.

8.4.3. Надати Страховику всю інформацію і докази, які Страховик вимагатиме стосовно причин, обставин, наслідків події, що може бути визнана страховим випадком. Усі медичні документи та результати досліджень (отриманих самостійно за власний рахунок), а також інші записи, які можуть мати відношення до предмету цього Договору, мають бути доступні для перевірки Страховиком в будь-який час.

8.4.4. Виконувати рекомендації Страховика (Асистансу) щодо дій при настанні події, що може бути визнана страховим випадком.

8.4.5. Для прийняття рішення про виплату або відмову у страховій виплаті надати Страховику всі необхідні документи, в порядку та на умовах, визначених Договором, Правилами, а також на вимогу Страховика інші (додаткові) документи для встановлення факту, причин, обставин настання події, що має ознаки страхового випадку.

8.4.6. Виконувати інші обов'язки передбачені Правилами та законодавством України.

8.5. Страховик має право:

8.5.1. Перевіряти надану Страховальником інформацію та вимагати від Страховальника повного розкриття всіх фактів, які стосуються предмету Договору, отримати від Страховальника всю інформацію та документи (у разі необхідності) для укладання Договору та оцінки ступеня страхового ризику.

8.5.2. Відмовити у страховій виплаті повністю або частково, на умовах, передбачених Договором та/або Правилами та/або законодавством.

8.6. Страховик зобов'язаний:

8.6.1. Ознайомити Страховальника з Правилами та умовами страхування.

8.6.2. Протягом 2-х (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати.

8.6.3. При настанні страхового випадку та за наявності законних підстав здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк.

8.6.4. Не розголошувати відомостей про Страховальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

8.7. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страховальнику пені в розмірі 0,01% від простроченої суми за кожен день прострочення.

8.8. Якщо Застрахована особа є неповнолітньою/малолітньою, зобов'язання згідно з п. 8.4 Договору несе його представник за законом.

9. ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

9.1. При гострому захворюванні, загостренні хронічного захворювання, травми, отруєнні, іншому розладі здоров'я, **для виклику екстреної або невідкладної медичної допомоги за програмою «Швидка медична допомога»:**

9.1.1. Застрахована особа зобов'язана звернутися до Асистансу (Страховика) за телефоном, зазначеним у п. 2 частини 1 Договору, повідомити лікарю-координатору Асистансу (Страховика) своє прізвище, ім'я та по батькові, номер Договору, причину звернення (скарги), контактний телефон;

9.1.2. Лікар-координатор Асистансу (Страховика) організовує отримання Застрахованою особою медичних послуг, що надаються бригадами екстреної або невідкладної медичної допомоги.

9.1.3. Застрахована особа зобов'язана пред'явити бригаді екстреної або невідкладної медичної допомоги документ, що посвідчує особу та Договір.

9.1.4. Підбір медичного закладу для виклику бригади екстреної або невідкладної медичної допомоги відноситься до компетенції лікаря-координатора Асистансу (Страховика) відповідно до характеру необхідної медичної допомоги, місцезнаходження Застрахованої особи, тощо.

9.1.5. Сторони домовились, що у випадку, якщо Застрахована особа на момент звернення перебуває у стані, що загрожує життю Застрахованої особи (з переліку, затвердженого МОЗ України), лікар-координатор Асистансу (Страховика) з метою збереження та захисту життя і здоров'я Застрахованої особи на свій розсуд може прийняти рішення про організацію транспортування Застрахованої особи до медичного закладу, за відсутності можливості скористатись каретою екстреної або невідкладної медичної допомоги, або якщо прогнозований час прибуття бригади швидкої допомоги ставить під загрозу життя та здоров'я Застрахованої особи.

9.1.6. При самостійному виклику бригади екстреної або невідкладної медичної допомоги Застрахована особа (або особа, яка викликає бригаду), обов'язково повинні повідомити:

- Асистанс (Страховика) про самостійний виклик бригади негайно, як тільки це стане можливим, але не пізніше, ніж протягом 24 годин з моменту отримання медичної допомоги. Таке повідомлення може бути передане будь-якою особою, що діятиме від імені Застрахованої особи: її родичами, працівниками медичного закладу тощо;

- службу екстреної або невідкладної медичної допомоги про наявність цього Договору страхування та можливість звернення Страховика із

запитами для отримання додаткової інформації в тому числі, що містить персональні дані, необхідної для з'ясування обставин і причин настання страхового випадку, а також інформації щодо стану здоров'я Застрахованої особи, та надати письмовий дозвіл на надання медичною установою такої інформації Страховику.

9.2. При гострому захворюванні з переліку, зазначеного у п. 7.1.3 Договору, (**програма «Стаціонарне лікування»**), та у разі необхідності проходження загальноклінічних досліджень для підтвердження гострого захворювання (**програми «Стаціонарне лікування», «Амбулаторно-поліклінічне лікування»**) Застрахована особа зобов'язана звернутися до Страховика за телефоном, зазначеним у п. 2 частини 1 Договору, повідомити лікарю-координатору Страховика своє прізвище, ім'я та по батькові, номер Договору, найменування медичного закладу (медичної лабораторії), до якого (якої) планує звернутись Застрахована особа, причину звернення (скарги), контактний телефон;

9.2.1. У разі необхідності отримання консультативної допомоги, пов'язаної з наданням медико-санітарної допомоги, Застрахована особа зобов'язана звернутись за телефоном, передбаченим у п. 2 частини 1 Договору.

10. ПОРЯДОК ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

10.1. У разі настання страхового випадку, страхова виплата здійснюється Страховиком в межах страхової суми та лімітів зобов'язань Страховика, передбачених таблицею 1 Договору, у розмірі вартості послуг (погоджених зі Страховиком (Асистансом) або про які було повідомлено Страховику (Асистансу) відповідно до того, який порядок передбачено Договором), наданих бригадою екстреної або невідкладної медичної допомоги, медичним закладом, медичною лабораторією, послуг з консультативної та іншої допомоги, пов'язаної з наданням медико-санітарної допомоги, шляхом оплати їх вартості.

10.2. Страхова виплата здійснюється:

10.2.1. Через Асистанс, медичним закладам, юридичним особам, фізичним особам – підприємцям, що надали медичні послуги або консультативну та іншу допомогу, пов'язану з наданням медико-санітарної допомоги Застрахованій особі;

10.2.2. Безпосередньо Застрахованій особі, яка за погодженням з Страховиком (Асистансом) самостійно оплатила вартість одержаних медичних послуг. У такому разі страхова виплата здійснюється на підставі наступних документів:

10.2.2.1. Заяви на отримання страхової виплати (за формою, встановленою Страховиком);

10.2.2.2. Копії Договору;

10.2.2.3. Копії паспорта (1-ї, 2-ї сторінки та сторінки з інформацією про місце реєстрації) особи, що отримує страхову виплату;

10.2.2.4. Довідки РНОКПП одержувача страхової виплати;

10.2.2.5. Рахунків медичних закладів з докладним розшифруванням кошторису наданих бригадою екстреної або невідкладної медичної допомоги послуг;

10.2.2.6. Виписки з карти стаціонарного хворого з обов'язковим зазначенням П.І.Б. Застрахованої особи, дати звернення за допомогою до медичного закладу, дати надання медичних послуг, тривалості лікування, анамнезу (історії виникнення) захворювання, діагнозу, обсягу медичних послуг;

10.2.2.7. Рецептів або інших медичних документів, що підтверджують призначення медичних препаратів;

10.2.2.8. Рахунків закладів охорони здоров'я (в тому числі медичних лабораторій), з докладним розшифруванням кошторису наданих медичних послуг та медикаментів;

10.2.2.9. Фіскальних та відповідних товарних чеків з медичних та аптечних закладів з докладним розшифруванням кошторису наданих медичних послуг та медикаментів;

10.2.2.10. Інших документів на письмовий запит Страховика.

10.3. Враховуючи особливості конкретного страхового випадку, за письмовою згодою Страховика може бути зменшено перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку.

10.4. Страхові виплати щодо однієї Застрахованої особи здійснюються в межах страхової суми на одну Застраховану особу з урахуванням раніше здійснених страхових виплат.

10.5. Страховик приймає до розгляду тільки оригінали документів, зазначених в п. 10.2.2.1, 10.2.2.5, 10.2.2.8 і 10.2.2.9 Договору, або належним чином завірені їх копії.

10.6. Строк прийняття Страховиком рішення про здійснення або відмову у страховій виплаті:

10.6.1. Рішення про здійснення страхової виплати або про відмову у страховій виплаті приймається Страховиком протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з моменту отримання всіх необхідних документів.

10.6.2. Рішення про відмову у здійсненні страхової виплати письмово повідомляється Страховальнику (Застрахованій особі) з обґрунтуванням

причин відмови протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення.

10.7.Страхова виплата здійснюється протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня прийняття Страховиком рішення про таку виплату. Днем здійснення страхової виплати вважається день списання грошових коштів з рахунку Страховика.

11. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

11.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:

11.1.1. Навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

11.1.2. Вчинення Страхувальником, Застрахованою особою або іншою особою, на користь якої укладено Договір, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

11.1.3. Подання Страхувальником, Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору або про факт, причини, обставини, характер події, що має ознаки страхового випадку;

11.1.4. Несвоєчасне повідомлення Застрахованою особою про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, причин, характеру та наслідків страхового випадку.

11.1.5. Невиконання чи неналежне виконання Страхувальником, Застрахованою особою обов'язків згідно з умовами Договору, Правилами, а також невиконання чи неналежне виконання умов Договору, Правил, вимог законодавства;

11.1.6. Отримання Застрахованою особою медичних послуг без погодження/повідомлення Страховика (Асистансу), крім випадків ліквідації смертельної небезпеки для життя Застрахованої особи;

11.1.7. Отримання медичної допомоги, не передбаченої умовами Договору;

11.1.8. Випадки, передбачені у розділі 12 Договору;

11.1.9. Інші випадки, передбачені законом.

12. ВИКЛЮЧЕННЯ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

12.1. Страховик не відшкодовує:

12.1.1. Вартість медичних послуг, що не передбачені цим Договором та(або) отримані поза межами місця дії Договору.

12.1.2. Витрати на лікування СНІД та ВІЛ-інфекції; наркоманії, токсикоманії, алкоголізму в т.ч. станів, захворювань, травм, опіків та отруєнь, отриманих внаслідок цих станів.

12.1.3. Витрати на лікування захворювань, за якими встановлена група інвалідності (1,2,3), інвалідності з дитинства та їх ускладнення; вроджені аномалії та вади розвитку.

12.1.4. Витрати на лікування станів та захворювань, які викликані свідомим спричиненням собі шкоди (в тому числі спроби самогубства), або пов'язані з відмовою від лікування, недотриманням призначень медичного персоналу або лікувального режиму, самолікуванням.

12.2. Страховик не відшкодовує витрати на:

12.2.1. Благодійні внески;

12.2.2. Лікування в умовах планового стаціонару;

12.2.3. Лікування в умовах поліклініки;

12.2.4. Медичні маніпуляції на дому, крім невідкладної допомоги.

12.3. За цим Договором не можуть бути застрахованими особи, які на дату укладення Договору є: недієздатними за станом здоров'я, ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД.

13. ПОРЯДОК ЗМІНИ І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

13.1. Дія Договору припиняється та Договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:

13.1.1. Закінчення строку дії;

13.1.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

13.1.3. Несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором строки;

13.1.4. Смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22 і 24 Закону України «Про страхування»;

13.1.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

13.1.6. Прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним;

13.1.7. В інших випадках, передбачених законодавством України.

13.2. Договір припиняє дію щодо окремої Застрахованої особи з моменту, коли Застрахована особа стає особою, яка відповідно до умов п. 12.3 Договору не може бути Застрахованою особою.

13.3. Дія Договору може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше ніж за 30 днів до дати припинення дії Договору.

13.3.1. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю. При цьому порушення строків здійснення страхової виплати не вважається таким порушенням умов Договору, в зв'язку з яким при достроковому припиненні його дії Страхувальнику повертаються сплачені страхові платежі повністю.

13.3.2. При достроковому припиненні дії Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені страхові платежі. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору з вирахуванням витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором.

13.4. Під час дії Договору Сторони мають право вносити в нього зміни та доповнення за взаємною згодою. Всі зміни і доповнення до Договору вносяться шляхом укладання додаткової угоди до Договору.

14. МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ

14.1. Місце (територія) дії Договору - Україна, крім тимчасово окупованих територій та населених пунктів, на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження, та переліку населених пунктів, що розташовані на лінії зіткнення, визначених відповідно до чинного законодавства.

15. ІНШІ УМОВИ

15.1. Усі повідомлення за Договором між Сторонами будуть вважатися зробленими належним чином, якщо вони здійснені у письмовій формі та надіслані рекомендованим листом, кур'єром, телеграфом, електронною поштою або вручені особисто за зазначеними адресами Сторін. Датою отримання таких повідомлень буде вважатися дата їх особистого вручення, дата отримання електронного листа або дата поштового штемпеля відділу зв'язку одержувача.

15.2. Норматив витрат на ведення справи зазначений в Правилах (максимальний).

15.3. Умови, не обумовлені Договором, регулюються Правилами та законодавством України.

15.4. Договір укладено в двох примірниках українською мовою, які мають однакову юридичну силу - по одному для кожної зі Сторін.

Таблиця 1

Умови страхування відповідно до п. 2 частини 1 Договору	Ліміти зобов'язань Страховика щодо виплати страхового відшкодування на одну Застраховану особу			
	строк дії Договору			
	15 календарних днів	1 місяць	3 місяці	12 місяців
Екстрена і невідкладна медична допомога	3 000 грн за всіма страховими випадками протягом строку дії Договору	5 000 грн за всіма страховими випадками протягом строку дії Договору	10 000 грн за всіма страховими випадками протягом строку дії Договору	20 000 грн за всіма страховими випадками протягом строку дії Договору
Невідкладний стаціонар	10 000 грн на один страховий випадок	15 000 грн на один страховий випадок	20 000 грн на один страховий випадок	25 000 грн на один страховий випадок